Aus der chirurgischen Universitätsklinik der Universität
Halle-Wittenberg
Direktor: Prof. Dr. Voelcker.

Ueber das Erysipel mit besonderer Berücksichtigung des Recidivs und der Reïnfectio.

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

einer

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

vorgelegt von

Arthur Gabriel

aus Schneidemühl.

Referent: Professor Dr. Voelcker.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Druck von W. Hendrichs, Halle a. S.
1922

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534926_0322

Das Erysipel ist als eine der häufigsten Wundinfektionskrankheiten schon im Altertum bekannt. Hippokrates berichtet als erster darüber. Nach ihm Galen, der die Erkrankung auf Anomalieen des Blutes zurückführt, die ihrerseits wiederum auf Störung der Leberfunktion beruhen sollen. Diese Anschauung hält sich bis gegen Ende des vorigen Jahrhunderts. Hier sprechen zuerst die Engländer John Hunter und Gregory die Vermutung aus, daß es sich um eine kontagiöse Erkrankung handele, in Frankreich schlossen sich Velpeau und Trousseau dieser Ansicht an. In Deutschland vertraten Volkmann und Steudner als erste die Anschauung, daß es sich um eine örtliche, von der Wirkung eines Giftstoffes abhängige Störung handele; sie veröffentlichten 1869 zuerst eine ausführliche Beschreibung der patholog. anatom. Vorgänge. Hueter suchte einen niederen Organismus als den Urheber, Fehleisen gelang es, durch seine berühmten Impfversuche den Streptococcus als Erreger nachzuweisen, wenngleich er auch der Ansicht war, daß dieser nicht mit dem pyogenes identisch wäre; er nannte ihn darum strept. erysipelatos. Petruschky wiederlegte diese Theorie, indem er Menschen mit peritonitischem Eiter impfte und so echtes Erysipel erzeugen konnte. Diese Untersuchungen wurden noch ausführlicher ausgeführt, heute besteht kein Zweifel mehr an der Identität des „streptoc. erysipelatos Fehleisen“ und Pyogenes.

Zur Erkrankung an Erysipel ist unbedingt eine gewisse Disposition erforderlich, da oft Aerzte und Pflegepersonal während ihrer ganzen Tätigkeit nie erkranken, obwohl sie sicher der Infektionsgefahr genau so ausgesetzt sind wie andere, die sofort erkranken. Nach Unna ist das histolog. anatom. Bild der Streptokokkeninfektion durch ihre „Oxygenophilie und serofibrinotaktischen Eigenschaften“ ausgezeichnet. Man kann beim Erysipel eigentlich ein primäres Hauterysipel und eine subcutane „Phegmone“ unterscheiden. Die klinischen Bilder sind leicht auf die histol. pathol. Vorgänge zurückzuführen. Beginn mit Schüttelfrost und hoher Temperatur, Rötung, Schwellung, Schmerzhaftigkeit der Haut, zackiges Fortschreiten. Nach 6—10 Tagen gewöhnlich Abklingen. Eine nicht selten auftretende Abart ist das Wandererysipel, daß auf die nächsten Körperteile übergreift und durch sein längeres Verweilen den Körper nicht unerheblich schwächt. Dann wieder Fälle, in denen der

Prozeß erst nach tagelangem Verweilen in der Tiefe zum Ausbruch kommt und so die Diagnose anfangs erschwert. Bei diesen ist wohl ein latenter Herd in der Tiefe anzunehmen, darum „latentes Erysipel."

Die gefährlichste Eigenschaft des Erysipels ist seine Eigenart, an einer einmal befallenen Stelle erneut aufzutreten, zu recidivieren. Man hat den Eindruck, daß das erstmalige Ueberstehen der Erkrankung, ebenso wie beim akuten Gelenkrheumatismus, zur „Reïnfection" geradezu disponiert. Schwalbe und Roser haben diese häufigen Recidive, die bis zu 10 % auftreten, = auch „habituelles E." genannt, sogar bei 3 Generationen einer Familie beobachten können. Bei dieser Form ist eine angeborene Disposition sicher vorherrschend. Die Mehrzahl der Erkrankungen sind Frauen; diese scheinen infolge der vielen Schwankungen, denen gerade ihr Körper physiologisch unterworfen ist, praedisponiert zu sein. Man kann bei ihnen genau zusammentreffendes Auftreten mit der Menses — von Massalingo — Erysipelas periodica catameniale genannt — beobachten, ebenso bei Eintritt der Periode in der Menopause, wie auch häufige Wiedererkrankung nach stattgehabten Partus zu beobachten ist. Hinzu kommt, daß chron. Erkrankungen und Hautprocesse — wie es Härtel bei scrophulösen Kindern beobachtet hat — und der Aufenthalt in Krankenhäusern diese Disposition schaffen können. In den meisten Fällen ist eine nicht zu heilende Haut- oder Schleimhautwunde zu finden, Rhagaden bei chron. Rhinitis u. a., die einen heimlichen Sauerstoffort bilden und so das Nisten der Streptococcen, wenn auch bei verminderter Virulenz, ermöglichen; bisweilen auch Narben, in denen ein latenter Herd anzunehmen ist; bei beiden Fällen genügt oft ein geringer mechanischer Reiz zum Wiederaufflackern des Processes. Bei wiederholtem Recidivieren entstehen durch die Lymphstauungen und damit verbundenen Störungen der Blutzirkulation elephantiastische Verdickungen, die ihrerseits wieder durch Abschnürung der Lymph- und Blutbahnen zu erneuten Anfällen disponieren, ein selten lösbarer circulus vitiosus. Man achte auf sorgfältige Ausheilung des akuten Anfalles, womit man dann die große Zahl der Streptokokken-„Bazillenträger" wird erheblich vermindern können.